Lane Medical Library

Ein Fall

von persistierender Erythrodermia idiopathica.

Inaugural-Dissertation

welche zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin und Chirurgie

mit Zustimmung

der medicinischen Facultät

der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

am 16. März 1898

nebst den angefügten Thesen

öffentlich vertheidigen wird

der Verfasser

Max Held

approb. Arzt

aus Bromberg.

Opponenten:

Herr Dr. med. Edgar Alexander, prakt. Arzt.
Herr Dr. med. Fritz Mendel, prakt. Arzt.
Herr Dr. med. Hermann Kantorowicz, prakt. Arzt.

BERLIN

Druck von L. Blankenburg.

1898.

Seiner lieben Mutter

sowie dem Andenken

seines verstorbenen Vaters

und

seiner unvergesslichen Tante

Tina Blumenthal

in Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/einfall0000maxh

Den Gegenstand der nachfolgenden Bearbeitung bildet ein Fall von eigenartigem persistierenden Erythem, welcher nunmehr seit fast 5 Jahren in der Beobachtung des Herrn Dr. Blaschko steht, und den ich selbst durch die freundliche Erlaubnis des Herrn Dr. Blaschko mitzubeobachten Gelegenheit hatte.

Herr Dr. Blaschko hat den Fall, der in der dermatologischen Litteratur wohl nur wenige seinesgleichen aufzuweisen hat, eben dieser Seltenheit wegen vor etwa 3 Jahren in der Berliner dermatologischen Gesellschaft vorgestellt, und es haben sich damals und noch erst kürzlich wieder sehr lebhafte Debatten über die Natur der Affektion und ihre Beziehung zu ähnlichen Erkrankungen angeschlossen. Der Charakter ist, wie ich gleich von vornherein betonen möchte, noch heute nicht völlig aufgeklärt, umsomehr scheint es mir geboten, den Fall selbst zu veröffentlichen und die Erwägungen, zu denen derselbe Anlass giebt, in folgenden Zeilen auseinanderzusetzen.

Der Fall selbst ist folgender:

Frau B., 54 Jahre alt, kräftige untersetzte Frau von gesundem Aussehen. Die Eltern der Patientin sind in hohem Alter gestorben, der Vater fast 90 Jahre alt an Gangraena pedis; die Mutter starb im Alter von 87 Jahren an Altersschwäche. Frau B. ist seit 9 Jahren

Wittwe, ihr Mann soll an hydropischen Erscheinungen zu Grunde gegangen sein. Patientin ist mit 17 Jahren zum ersten Mal menstruiert; vor etwa 6 Jahren trat Menopause ein; sie hat viermal geboren, die Geburten verliefen alle normal und sind ohne Kunsthülfe von Statten gegangen. Alle 4 Kinder leben und sind gesund; nur 2 Töchter sind, wie Patientin sich ausdrückt, mit schlechter Haut behaftet, sie haben von Jugend an eine rauhe Haut gehabt, die bei Eintritt von Kälte zu Rhagaden neigte. Die Untersuchung ergab, dass beide Töchter an einer Ichtyosis litten und im Anschluss hieran an Aseborrhoea manuum. Pat. selbst kann sich nicht besinnen, in ihrer Jugend jemals wesentlich krank gewesen zu sein.

Das jetzige Hautleiden begann bei der Patientin vor etwa 6 Jahren mitten im Sommer, unabhängig von allen Temperatureinflüssen, Feuchtigkeit etc. An der Aussenseite des linken Oberarms zeigte sich eine Rötung, die allmählich nach unten sich ausbreitend, über den ganzen Unterarm, den Rücken der Hand bis zur ersten Phalange weiterkroch. Im Laufe des nächsten Jahres etablierte sich auf dem rechten Arm ein ähnlicher Zustand, aber in weit schwächerem Masse. Die Erkrankung verlief bis zum Winter 95/96 ohne jede Beschwerde; in diesem Winter stellten sich rheumatoide Schmerzen ein; etwas später bekam Pat. schmerzhafte Auftreibungen der phalangealen Gelenkenden; die Schmerzen liessen bald nach, an einigen Fingern blieb eine geringe Auftreibung der Gelenkenden bestehen. Statt der früheren Rötung sollen an einigen Stellen braune Flecken entstanden sein; vor 2 Jahren entwickelte sich ohne nachweisbare Ursache eine prominente Geschwulst am scharfen Rande der Ulna, die

eine ossificierende Periostitis bedeutet; ein Wachstum dieser Geschwulst liess sich seitdem nicht konstatieren.

Status praesens vom 30. IV./1896.

Pat. von mittlerer Grösse, gut gebaut, gutem Fettpolster, mässig entwickelter Muskulatur, starkem Knochenbau, hat gesundes Aussehen. Die Herztöne sind rein, an den pulmones nichts Krankhaftes nachzuweisen.

Bei Entblössung der Arme sieht man an den beiden Oberarmen fünfmarkstück- bis handtellergrosse erythematöse Plaques, der linke Unterarm und ebenso der Handrücken sind stark gerötet. In der Ellbogenbeuge ist das Erythem nicht vorhanden, wie denn überhaupt einige kleine Inseln von normaler Hautfarbe zwischen den erkrankten Partien liegen.

Im allgemeinen handelt es sich um eine dunklere Färbung als am übrigen Körper in verschiedenen Nuancirungen und zwar:

1) eine diffuse Bräunung an der linken Seite des Unterarms
2) eine diffuse rotbraune Farbe an allen übrigen Stellen des Unterarms und dem grössten Theil des Handrückens.
3) circumscripte intensiver gerötete Plaques über den pigmentirten Stellen bis fünfpfennigstück gross.
4) Tiefdunkelblaurote Stellen am Ellbogen, am Olecranon, über der periostitischen Auftreibung, ferner über den distalen Partien des dorsum manus und am linken Zeigefinger.

Diese letztere Färbung soll nach Angabe der Pat. auch sonst namentlich bei kalter Witterung auftreten.

Es ist noch zu bemerken, dass am linken Oberarm zu Beginn der Rötung eine kleine erbsengrosse Papel sitzt, von der Pat. angiebt, dass sie schon von Jugend an bestehe.

Der rechte Arm ist von der Affektion bei weitem weniger befallen; es handelt sich hier um einige plaquesartige z. T. confluierende erythematöse Flecke von etwas hellerer Färbung als links; die einzelnen Plaques sind von Markstück- bis Handflächengrösse.

Links namentlich über den prominenten Stellen besteht leichte Schuppung, auch sind an dieser Hand die Gelenkenden des vierten und fünften Fingers etwas aufgetrieben, jedoch nicht schmerzhaft. Die übrige Körperhaut der Patientin ist leicht ichthyotisch und zeigt infolgedessen eine etwas stärker hervortretende Felderung. Die Untersuchung des Nervensystems giebt normale Verhältnisse; weder peripher (neuritische Erscheinungen) noch central (etwa Syringomyelie) liegt etwas vor, das mit der Hautaffektion in Verbindung zu bringen wäre. — Atrophie der Muskeln ist auch nicht vorhanden.

Subjektive Erscheinungen wie Blasen, Jucken, Stechen fehlen ganz, die einzige abnorme Sensation ist eine gewisse übermässige Berührungsempfindlichkeit der linken Hand; es ist weder Sensibilität noch Motilität in irgend einer Weise gestört; nur gegen Kälte sind die erkrankten Stellen ein wenig empfindlich.

Im Harn kein Albumen, ebenso kein Sacharum.

Status praesens vom 15. X. 98.

Der Zustand, wie er sich in der vorliegenden Schilderung zur Zeit dargeboten hat, ist im Wesentlichen

auch noch am heutigen Tage vorhanden, so dass es sich erübrigt, nochmals einen genauen Status aufzunehmen. Der Charakter des Exanthems ist überall bei der Patientin derselbe geblieben.

Es wird sich nun darum handeln, zu ergründen, was für ein Krankheitsprozess hier vorliegt oder wenigstens darzuthuen, mit welchem von den bereits bekannten und beschriebenen Krankheitsformen diese die meiste Aehnlichkeit hat.

Dass die Erkrankung in die grosse Gruppe der Erytheme gehört, kann nach dem ganzen Aussehen und Verlauf der Affektion keinem Zweifel unterliegen. Die Epidermis, soweit sie an dem Prozess überhaupt teilnimmt — und das ist nur in ganz minimalem Umfang — ist offenbar sekundär und erst nach längerem Bestande des Erythems in Mitleidenschaft gezogen.

Mit der Diagnose Erythem ist nun zwar für die Erkenntnis der lokalen Gewebsveränderung ein gewisser Anhaltspunkt gegeben, doch ist der Begriff des Erythems ein so vager oder sagen wir umfassender, er umgreift so zahlreiche ätiologisch und pathogenetisch verschiedenartige Krankheiten, dass wir sehen müssen, den Charakter des Erythems sowie seine Grundursachen zu eruieren.

Ganz auszuschliessen haben wir zunächst alle generalisierenden Erytheme, wie lichen ruber, Psoriasis, Pityriasis rubra universalis, da der Krankheitsprozess in keinem Stadium der Erkrankung die ganze Oberfläche der Haut ergriffen hatte, sondern immer lokal beschränkt blieb. Wir können also nur solche Erytheme in den Kreis unserer Betrachtungen ziehen, die ihren lokalen Charakter stets oder über Jahre hinaus beibehalten.

Man könnte daher zunächst der Meinung sein, dass bei der Patientin ein Erythema exsudativum multiforme vorliegt oder vielleicht vor etwa 5 Jahren vorgelegen hat. Bekanntlich zeigen sich ja bei Erythema exsudativum zuerst an Hand- und Fussrücken sowie am Unterarm und Unterschenkel eine Anzahl einzeln stehender, glatter oder etwas erhabener linsengrosser Flecke, die durch ihre zinnoberrote Farbe charakteristisch sind. Durch Hinzutritt neuer Efflorescenzen oder Vergrösserung der einzelnen kann eine grössere Fläche gerötet sein, welche bald in der Mitte einsinkt und cyanotisch verfärbt erscheint, während in der Peripherie die zinnoberrote Farbe stark hervortritt. Der ganze Verlauf des Erythema exsudativum ist in der Regel ein akuter; die Erkrankung spielt sich gewöhnlich im Verlauf weniger Wochen ab und nur selten kommt es zu einer länger dauernden, über Monate und Jahre sich erstreckenden Veränderung. Könnte es sich nun nicht hier um einen dieser seltenen Fälle von Erythema exsudativum chronicum handeln? — Ich glaube nicht, dass eine solche Annahme berechtigt ist, denn selbst in den Fällen, wo das Erythema exsudativum chronisch wird, ist der Anfang doch immerhin akut; es können sich zwar die akuten Erscheinungen auf der Haut ohne irgendwelche Prodromalerscheinungen oder Fieber einstellen, meistens jedoch klagen die Patienten über starkes Unwohlsein und rheumatoide Schmerzen in den Gelenken.

Dass gerade bei dem von mir beobachteten Falle diese letztern Erscheinungen vollkommen gefehlt haben, spricht schon gegen das Vorhandengewesensein von Erythema exsudativum; ferner sind die Plaques, wie sie sich beim chronischen Erythema exsudativum

entwickeln, scharf umrandete, derbe, prominente Knoten oder Infiltrate, nicht unähnlich den Plaques bei Psoriasis — von alledem ist hier nicht die Rede, das Erythem ist völlig diffus, kreisrunde Plaques fehlen gänzlich.

Die einzige Form des Erythema exsudativum, bei welcher man diffuse Infiltrate findet, ist das Erythema nodosum; aber auch ein solches kann hier wohl kaum vorliegen, die Knoten des Erythema nodosum sind subkutan gelegen, auf Druck schmerzhaft und machen in kurzer Zeit, in höchstens 6—8 Wochen, die bekannten Farbenveränderungen — rot, grün, gelb, blau etc. — durch. Gegen Erythema nodosum in unserem Falle spricht also zunächst der überaus lange Verlauf. Ein derartig langer Verlauf von Erythema nodosum ist in der Litteratur bisher noch nicht beschrieben worden und ist auch schon deshalb ausgeschlossen, weil eine Resorption von Blut, die dabei stattfinden muss, erheblich schneller vor sich geht. Ferner bestehen weder subkutane Infiltrationen noch Knoten; ein kleiner Tumor am linken Oberarm besteht nach Angabe der Patientin schon von Jugend auf, der weiter nichts als einen kleinen Naevus bedeutet. Erwähnenswert, wenn auch wenig in Betracht kommend, ist noch die Thatsache, dass die oberen Extremitäten überhaupt nur sehr selten von Erythema nodosum befallen werden, sondern vielmehr die unteren Extremitäten.

Als Erythema elevatum diutinum ist ein ebenfalls lange persistierendes Erythem beschrieben, dessen charakteristische Merkmale am besten an dem zuerst von Smith publicierten Falle ersichtlich werden. Der

Status, welchen Smith bei der ersten Consultation aufnahm, war folgender:

An beiden oberen Extremitäten (besonders Extensorenseite) finden sich discret stehende Knötchen, die Palmarfläche einzelner Finger, namentlich der Daumen, ist stark verdickt. Die Knötchen erheben sich etwa $^1/_{12}$ Zoll über dem Niveau der umgebenden Haut, fühlen sich auf Druck fest an und liegen in oder gerade unter der Epidermis, lassen sich mit der Cutis über den darüber liegenden Sehnen und Fascien verschieben. Die Farbe ist bläulich hyperämisch; die Form ist mehr oder weniger rund oder oval, ausser an den Stellen, wo die Haut sehr diffus verdickt ist, ohne besondere Knötchen zu enthalten. Nirgends Ulceration. Mikroskopisch sieht man dicht fibröses Gewebe. — Nach Ausschluss von Kaposi's multiplen Sarcomen, Fibromen, Lipomen und Rheumatismusknoten, hat Smith die Diagnose Erythema elevatum diutinum gestellt.

Nun, in unserem Falle hat ja niemals eine Erhebung über das Niveau stattgefunden, sondern die Rötung der Haut blieb bestehen, ohne dass dadurch irgerdwelche Verdickungen oder dergleichen statthatten.

Halten wir nun weiter Umschau, mit welchen von den bisher in der Litteratur beschriebenen Krankheitsprozessen der unsere noch vergleichbar ist, so bietet das Bild ohne Zweifel viel Aehnlichkeit mit dem einer Erfrierung. Sieht man sich besonders die Stellen, die gewöhnlich unbedeckt sind, namentlich also den Handrücken an, so ist diese Vermutung durchaus nicht von der Hand zu weisen. Denken wir aber wieder an

die Entstehungsweise der Affektion, namentlich also daran, dass der Prozess mitten im Sommer begann, dass die stechenden Schmerzen und das intensive Jucken, das die von einer Erfrierung Betroffenen zur Verzweiflung bringen kann, vollkommen fehlten, so müssen wir auch diese Diagnose für unsere Erkrankung fallen lassen.

Man könnte jedoch an einen der Erfrierung dem Wesen nach nahestehenden und doch progredienten Prozess denken, ich meine den von Raynaud beschriebenen Symptomenkomplex, die sogenannte Raynaudsche Krankheit.

Wie bekannt, zeigen bei dieser Erkrankung einzelne Finger oder Zehen resp. die Nasenspitze die Erscheinung der lokalen Syncope. Infolge krampfartiger Contraktion der kleinen Arterien bekommen die Teile ein wachsartiges Aussehen, werden kalt, zeigen verminderte Sensibilität, und es stellt sich das Gefühl des Eingeschlafenseins (digiti mortui) ein. Nach mehr oder weniger langem Bestehen können diese Erscheinungen sich zurückbilden, ohne eine Spur zu hinterlassen oder es prägt sich allmählich die lokale Asphyxie aus; mitunter kann sich diese auch derart ohne Vorläufer einstellen. Alsdann bekommen die Teile ein lividrotes bis sogar schwärzliches Aussehen, nehmen an Umfang infolge eines geringen Oedems zu und es können sogar kleine Blutaustritte in das Gewebe erfolgen. Betroffen werden hiervon Finger und Hände, Zehen und Füsse, Nase, Ohren und Wangen; an den Extremitätenenden stellt sich leicht Gangrän ein.

Nun, die blosse Beschreibung dieser von Raynaud zuerst bekanntgegebenen Krankheit lässt erkennen, dass unser Fall wenig damit gemein hat. Würde es sich

um lokale Asphyxie handeln, so müsste ein schon sehr vorgerücktes Stadium dieser Erkrankung vorhanden sein. Wir haben aber bei unserer Patientin fast kiens von den soeben angegebenen Symptomen nachweisen können. — Die lividrote Verfärbung würde auf einen abgelaufenen Prozess bezogen werden müssen, d. h. es müsste schon das Stadium der Gangrän eingetreten sein, und dies ist bei unserer Patientin wahrlich nicht der Fall.

Zuweilen wird in solchen Fällen, wie der dieser Arbeit zu Grunde liegende, die Frühdiagnose auf Sclerodermie gestellt, da solche Erytheme oft Vorläufer dieser Erkrankung sind.

Als Herr Dr. Blaschko diesen Fall in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft vorstellte, wurde allgemein, namentlich von Heller, erstes Stadium der Sclerodermie an-genommen. Freilich kommen in diesem Stadium Zustände der Haut vor, die unserem Falle sehr ähnlich sind. — Im ersten Stadium der Sclerodermie besteht in der Mehrzahl der Fälle eine ödematöse Durchtränkung der Haut. Tritt das zweite Stadium, die Induration ein, so wird die Haut fest gespannt, der Fingerdruck ruft, wie Natalis hervorhebt, keinen Eindruck hervor. Während des ödematösen und indurativen Stadiums ist die Haut mehr oder weniger glänzend. Glasartig durchsichtig, wie bei einem durch Wassersucht angeschwollenen Bauch soll die Haut in einem Falle Venturas gewesen sein. Bouttier, Herz, G. Lewin bezeichnen die Haut als „gefirnisst“. Durch den Idurationsprozess verändert sich naturgemäss die

Oberfläche der Haut. Die Gelenkfalten, die Furchen, die Spaltlinien, die feine Riffelung verschwindet, die Haut erscheint völlig glatt.

Im Stadium der Induration verliert die Haut aber in allen schweren Fällen ihre leichte Verschieblichkeit auf ihrer Unterlage, so dass es manchmal nicht mögist, eine Hautfalte aufzuheben. Die Haut wird mit ihrer Unterlage gewissermassen verlötet. Im weiteren Verlauf der Krankheit wird die Haut atrophisch, die atrophischen Hautpartien liegen unter dem Nivean der gesunden Haut. Der Uebergang ist besonders gut bei der Sclerodermie en plaques zu verfolgen.

In unserem Falle begann die Erkrankung mit einer Rötung am Oberarm und es sind in der That Fälle beobachtet worden, wo zunächst nichts als eine Rötung der Haut an einer Stelle des Körpers auftrat und erst später die charakteristischen Erscheinungen der Sclerodermie sich einstellten. Die entgegengesetzten Nervenvorgänge führen zu der Rötung der Haut, die oft genug als erstes Krankheitssymptom, z. B. von Oulmont, bei Bouttier, Meller, Handfort, Eulenburg, Riehn und Schaper angeführt wird.

Fall von Bouttier:

25 jährige Dame vor 4 Jahren ein roter Fleck in der Mitte der Wade, der allmählich sich ausdehnte Begrenzung unregelmässig; Breite 2½ Daumen; Aussehen schmutzig weiss wie altes Elfenbein; einige Schuppen. Um denselben eine teils lila, teils purpurrote erythemähnliche Zone. Es entstehen mehrere Flecke, dieselben sind hart wie Speckschwarte.

Ferner könnte man auf Grund des namentlich am

Handrücken vorhandenen Kältegefühls an Sclerodermie denken. Heller und Lewin haben in 12 Fällen Störungen der Wärmeempfindung, insbesondere Kältegefühl festgestellt. Meist waren es Fälle beginnender Sclerodactylie; Nordt fand jedoch Kältegefühl der oberen, Bouttier der oberen und unteren Extremitäten, Berkema des Hackens.

Entsprechend der Kälteempfindung wurde auch objectiv nicht selten Cyanose der Hände als erstes Krankheitszeichen konstatiert, z. B. von Hervéon, Steinheil, Vidal, Matthieu.

Aus alledem geht hervor, dass wir ganz gut in unserem Falle beginnende Sclerodermie annehmen könnten, wenn auch die Erkrankung keineswegs mit Störung des Allgemeinbefindens, wie allgemeiner Mattigkeit und rheumatoiden Schmerzen einsetzte.

Die Krankheit besteht jetzt ca. 5 Jahre und noch ist keine Induration oder Verdickung der erkrankten Partien eingetreten, auch macht sich kein Gefühl der Beengung oder starker Spannung der Haut geltend, sondern dieselbe ist an allen Teilen leicht verschieblich und von der Unterlage abzuheben, nur dass die Haut gerötet und stark glänzend erscheint.

In dem von Bouttier oben angeführten Fall ist der Verlauf ein ähnlicher gewesen und doch sind erst nach Verlauf von 4 Jahren die übrigen charakteristischen Erscheinungen der Sclerodermie aufgetreten. Wir werden uns also in unserem Falle noch nicht ganz gegen die Diagnose Sclerodermie verschliessen dürfen, wenn es auch nach nunmehr 5jähriger Beobachtungszeit recht unwahrscheinlich ist, dass noch jetzt sclerotische Prozesse sich entwickeln werden.

Aus demselben Grunde ist auch ein der Sclero-

dermie nahestehender Prozess, die Atrophie der Haut — glossy skin — auszuschliessen.

Halten wir weiter Umschau unter den Affektionen, bei denen länger dauernde Erytheme vorhanden sind, so hat die Erkrankung unsererPatientin auch sehr viel Aehnlichkeit mit dem ersteu Stadium der Mykosis fungoides.

Hierbei sehen wir zunächst weiter nichts als ein Erythem oder Eczem, das entweder nur auf einzelne Stellen, zuweilen in streifenförmiger oder runder Anordnung lokalisiert bleibt, wobei hauptsächlich Stamm und Extremitäten bevorzugt werden; es entstehen am Stamm, an den Beugen der Extremitäten, im Gesicht, vorwiegend an der Stirne, thaler- bis flachhandgrosse und grössere scheibenförmige, rote Flecke, über welchen die Oberhaut fein schilfert; oft breiten diese Flecke unter starkem Jucken sich diffus über grössere Strecken des Körpers aus. Die Erkrankung unterscheidet sich in diesem Stadium eczematosum in nichts von einem gewöhnlichen Eczem; der polymorphe Charakter der Erkrankung bleibt ausgeprägt, es wechseln schuppende und nässende Stellen. In diesem Stadium kann die Erkrankung Monate, selbst Jahre lang verharren. Später aber zeigen sich in allen Fällen einzelne flache Infiltrate, über welchen die Haut nur etwas gerötet und schuppend ist, bis sich schliesslich starke Knollen und Knoten auf vorher normaler Haut entwickeln.

In unserem Falle haben wir auch an den Extremitäten rote Flecke, über welchen die Haut leicht schuppt, jedoch fehlt jegliche Spur von Jucken und Nässen an den befallenen Hautpartien und wir werden auch die Diagnose, Mycosis fungoides nicht stellen

können, als nicht deutliche Tumoren an irgend einer Stelle der Haut vorhanden sind.

Allerdings hat Louis Wickham in der französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie einen Fall vorgestellt, den er als Mykosis fungrides auffasst, wobei es ebenfalls nur zu einer Erythrodermie gekommen war.

Sitzungsbericht:

Es handelt sich um einen Kranken von 57 Jahren, der an allgemeiner Erythrodermie leidet. Diese Form ist sehr selten; trotzdem man sie aber nicht häufig zu Gesicht bekommt, ist sie nach Wickham doch leicht zu diagnosticieren, etwas, was für die anderen Formen der Erythrodermia generalisata bei Mykosis fungoides, falls nicht gleichzeitig mykotische Geschwülste vorhanden sind, nicht zutrifft.

Bei dem in Frage stehenden Patienten konnten folgende Symptome beobachtet werden:

1) Eine diffuse über dem ganzen Körper bestehende sehr starke Rötung.
2) Eine Verdickung und eigenartige Consistenz der Haut.
3) Trockenheit fast ohne jede Abschuppung.
4) Eine geringfügige Vergrösserung der Falten und Poren der Haut.
5) Die Lockerheit der Haut, die stellenweise wie ein schlaffer Sack aussieht.
6) Die beträchtliche Schwellung der Drüsen in den Leisten, den Achseln etc.
7) Das wechselweise anschwellende und nachlassende Jucken (Hyperasthesie). Diese Symptome bestehen seit 18 Monaten und haben sich allmählich einge-

stellt; die Generalisation ist erst seit 2 Monaten eine vollständige.

Wickham glaubt nun aus den angeführten Symptomen folgendes Resumé ziehen zu können.

Wiewohl sich in diesem Falle bis jetzt keine mykotischen Geschwülste gezeigt haben, so liegt doch ein Vergleich mit früheren im Hôpital St. Louis beobachteten Fällen nahe. Dieselben verliefen alle so, dass früher oder später auch Geschwülste hinzukamen. Demnach handelt es sich bei diesen Kranken also auch um eine Mykosis fungoides.

Von den von Wickham bei seinem Kranken angegebenen Symptomen stimmen in unserem Falle nicht alle zusammen, wir können höchstens die drei ersten in Betracht ziehen, wobei für uns noch zu bemerken ist, dass die Rötung nicht generell, sondern nur an den Armen vorhanden ist. Wir werden demnach zwar an eine Mykosis fungoides denken können, jedoch werden wir abwarten müssen, ob sich auch in diesem Falle nach kürzerer oder längerer Zeit noch mykotische Geschwülste zeigen werden.

Vor kürzerer Zeit hat auch Kaposi in der Wiener dermatologischen Gesellschaft einen Fall vorgestellt, der ebenfalls mit einer Erythrodermie begann und den Kaposi als Mykosis fungoides ansprach.

Sitzungsbericht:

Kaposi demonstrierte eine 40jährige Frau mit einer seit 5 Monaten bestehenden, über die ganze Körperoberfläche ausgebreiteten Rötung. Die Franzosen nennen derlei Fälle Erythrodermie und zählen darunter gewiss solche mit diffuser Rötung wie bei

Psoriasis universalis. Eczema universale. Pityriasis rubra gleichwie Fälle noch unklarer Natur wie den oben demonstrierten. Hier besteht eine diffuse Parese der Gefässmuskulatur, dabei ist die Haut vollständig glatt, nicht schuppend zum Unterschied von Eczemen. Im Gegensatz zu letzterem fehlt auch ein eigentliches Oedem, anderseits hat aber die Haut gegenüber dem Verhalten bei anderen Erythemen an der Stirne, an Hals, Brust und Extremitäten an Dicke zugenommen. Sie ist nur nicht so teigig weich wie beim Eczem. Ursprünglich war diese Infiltration eine viel stärkere und entstanden an Stirn und Hals dicke Wülste, wodurch der Fall an jene Fälle erinnerte, die im späteren Verlaufe in Lymphodermie oder Mykosis fungoides übergehen, wie ein im Sommer vorgestellter Fall, bei dem später Leukaemie auftrat. Ferner klagt Patientin über stechende Schmerzen, die sich auf Druck steigern, über Schlaflosigkeit und allgemeines Unbehagen, hie und da besteht etwas Fieber. Die Blutuntersuchung ergab etwas Vermehrung der eosinophilen Zellen, sonst nichts Abnormes; im Harn kein Albumen. Die Patientin erhielt nur örtlich erweichende Mittel appliciert, worauf stellenweise die Gefässe ihren Tonus wiedererhielten und nicht mehr eine so gleichmässige Röte besteht, sondern stellenweise auch punktförmige, kleine weisse Flecke. Es ist möglich, dass wir es mit einer sich entwickelnden Mykosis fungoides zu thun haben und demgemäss ist auch die Prognose zu stellen.

Ich habe geglaubt, auch diesen Fall noch anführen zu müssen, weil Kaposi ebenfalls aus einer nur vorhandenenen Erythrodermie die Diagnose auf Mykosis fungoides stellte. Das Resumé aus diesem Fall kann in Anwendung auf den unsrigen aber

auch nicht anders lauten als aus dem von Wickham beschriebenen. Wir werden eben abwarten müssen, ob sich im Laufe der Jahre noch deutlichere Symptome, besonders Infiltrate und Knoten entwickeln werden, was zwar sehr unwahrscheinlich ist, die dann die Diagnose Mykosis fungoides rechtfertigen.

Seit längerer Zeit ist ein Krankheitsbild bekannt, das ab und zu einmal gesehen wird und mit dem Namen Erythromelalgie bezeichnet ist. Auch in den Rahmen dieser Erkrankung könnte sich das Krankheitsbild unserer Patientin einfügen. Auf der dermatologischen Versammlung zu Breslau stellte Staub einen Fall dieser noch selteneren Erkrankung vor; es giebt wohl wieder die beste Beschreibung dieser Erkrankung, wenn ich den Bericht über diesen Fall folgen lasse.

Es handelt sich um einen 22 Jahre alten Studenten der Medizin, der bis auf eine Neigung zu Urticaria, etwas Schwindelanfälle und Migräne stets gesund war. Im Winter 1893 trat eine Schwellung von 2 Fingern der linken Hand ein, dieselben röteten sich, sahen wie erfroren aus, waren sehr schmerzhaft. Schwellung und Schmerzen liessen nach, eine leichte Röte blieb zurück. Dezember 1893 ein neuer Schub; bei genauer Untersuchung erwiesen sich jetzt die Knochenteile schmerzhaft und deutlich angeschwollen, man fühlt osteophytäre Bildungen.

Nach Natrium salicylicum schien der Prozess schnell zurückzugehen, dann kam aber ein neuer Schub, beginnend mit kleinen Papeln und Erscheinungen vom Knochen. Ueber die Combination von Knochenschwellungen mit Hautveränderungen ist wenig be-

kannt. Der Vortragende fasst die entzündlichen Erscheinungen am Knochen als das primäre auf, diese haben die Erscheinungen der Erythromelalgie ausgelöst.

Weiss beschreibt einen anderen Fall, in welchem Pat. die Haut über dem Fussknöchel tief gerötet zeigt, feucht und turgescent. Die leiseste Berührung von Zehen, Fusssohlen, weniger von der Ferse ist intensiv schmerzhaft; die Schmerzhaftigkeit betrifft aber die Haut, nicht die Gelenke.

Eine Aehnlichkeit mit unserem Fall ist ja vorhanden, besonders mit dem von Staub beobachteten Fall, wo die Haut an den Fingern ebenfalls gerötet war und wie erfroren aussah; aber wir haben es hier ja mit einem absolut schmerzlos verlaufenden Prozess zu thun, und es fehlen jegliche Erscheinungen von den Knochen aus, die hier keine Erkrankung erkennen lassen.

Endlich kommen wir auch auf eine Erkrankung, die Pick auf der Wiener Naturforscherversammlung unter dem Namen Erythromelie vorgestellt hat. Er nennt diese eine neue Hautkrankheit. In Gestalt einer vorläufigen Mitteilung berichtete der Vortragende über ein ihm ganz neues Krankheitsbild. Ich führe hier die 3 Fälle an, die Pick beobachtet hat.

Der erste Fall betraf einen 14 Jahre alten Pat., bei dem am rechten Ellenbogen sich eine Rötung der Haut einstellte, ohne jede weitere Veränderung derselben. Langsam schritt die Rötung centrifugal fort, dabei dunkler werdend. Allmählich traten dann die einzelnen Blutgefässe immer deutlicher hervor, so dass schliesslich stark erweiterte Venen sichtbar wurden.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein 18jähriges, im dritten um ein zwanzigjähriges Mädchen. Das

letztere, eine Schauspielerin, stammt aus gesunder Familie, hat die gewöhnlichen Kinderkrankheiten durchgemacht. Die Menstruation trat früh auf, war in letzter Zeit aber sehr kärglich. Das Leiden begann im 15. Lebensjahr, indem sich ohne jegliche abnorme Empfindung die Haut an der Streckseite des linken Ellenbogens rötete. Später gesellten sich dann Rötungen an der rechten Unterextremität, der linken Unterextremität, der rechten Oberextremität hinzu. Erst nach langem Bestande runzelte sich etwas die Epidermis an der betroffenen Stelle, wurden die Ränder etwas aufgeworfen, erweiterten sich Arterien und Venen. Sonst fand man trotz ½jähriger klinischer Beobachtung keine wesentliche Veränderung. Die Prüfung der Sensibilität ergab an einzelnen Stellen eine bedeutende Herabsetzung derselben. Die sekretorischen Funktionen sind wohl normal, nur an den zuerst ergriffenen Stellen schienen sie herabgesetzt, doch war das Ergebnis der Prüfung zweifelhaft.

Ich glaube aus den beiden Krankengeschichten geht hervor, dass unser Fall mit den von Pick demonstrierten Fällen, die er mit Erythromelie bezeichnete, gewisse Verwandtschaft aufweist. Auch hier rötete sich ohne jegliche abnorme Empfindung die Haut an einer Stelle des Oberarms und schritt allmählich fort, nur betont Pick, dass sich stets nach längerer Zeit Venectasien finden, die, obwohl der Beginn der Erkrankung 5 Jahre zurückliegt, bis jetzt noch nicht zur Beobachtung gelangt sind. Pick selbst meint, dass die Erythromelie am meisten an Erythromelalgie erinnert, jedoch fehlt erstens jeglicher Schmerz, zweitens sind die Extremitätenenden doch frei. Man kann es deshalb nicht unter Erythro-

melalgie subsumieren, welche ja mehr ein Symptomenkomplex als eine selbständige Krankheit ist.

Zum Schluss komme ich noch zu einigen Fällen, die Payne beschrieben hat und die von allen bisher angeführten Fällen mit den von uns beobachteten die meiste Aehnlichkeit haben.

Er beschreibt 7 Fälle einer persistierenden erythematösen Affektion, welche an verschiedenen Stellen der Haut Wochen, Monate oder selbst Jahre lang fixiert bleibt, ohne den Typus zu verändern. Dieser Charakter allein würde in genügend ausgeprägten Fällen hinreichen, um die Affektion von Eczemen, welche sich bei lokaler Neigung leicht verschlimmern oder von Lupus erythematosus, welche zu progressiver Zerstörung des Gewebes führt, zu unterscheiden.

Diese eben angeführten Zustände haben mit dem unsrigen gewiss sehr vieles gemein, und da die Affektion bei unserer Patientin bereits 5 Jahre besteht, ohne den Charakter wesentlich zu ändern, so trifft auch hier die von Payne gegebene Bezeichnung Erythema perstans zu.

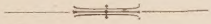
Leider ist mit diesem Begriff weder für die Aetiologie noch die Pathogenese des Prozesses ein entschiedener Standpunkt gewonnen.

Nachdem wir alle die Affektionen, die im Verlauf derartige dauernde Erytheme beobachten lassen, an unserem Auge haben vorüberziehen lassen, alle Möglichkeiten und Beziehungen zu anderen Affektionen erörtet haben, ist der Schluss doch ein — non liquet. Zwei Dinge sind möglich. Entweder das Erythem der Patientin ist das Anfangsstadium und der Vorläufer einer schweren Dermatose (Glossy skin, Sclerodermie, Mykosis fungoides), die dann aber freilich recht lange

auf sich warten liessen oder — und der ganze Verlauf spricht für diese Annahme, es handelt sich um ein idiopatisches langandauerndes Erythem, welches aus unbekannten Ursachen entstand und durch unbekannte Momente perennierend geworden, zu einem ziemlich stabilen pathologischen Zustand geführt hat, der dann voraussichtlich viele Jahre zu seiner Involution und zur Wiederkehr zu normalen Verhältnissen führen wird.

Es giebt aber und das giebt auch Kaposi zu zweifellos Vorkommnisse von genereller sowie partieller Rötung und Schuppung der Haut, welche ätiologisch und symptomatologisch nicht immer leicht zu individualisieren sind, die vorübergehende oder chronisch verlaufende, leichte oder mit schweren Symptomen einhergehende Erkrankungen vorstellen, und die keinen der bekannten unter allgemeiner Rötung sich einstellenden Prozessen darstellen oder wenigstens nicht leicht für einen derselben erkannt werden.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, zum Schluss dieser Arbeit Herrn Dr. A. Blaschko meinen besten Dank sowohl für die Ueberweisung dieses Falles als auch für die liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit, auszusprechen.



Litteratur:

Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankh.
Joseph, Hautkrankheiten.
Kromeyer, Allgem. Path. der Hautkrankh.
Lesser, Lehrbuch der Hautkrankh.
Archiv für Dermatologie und Syphilis vom Jahre 1890—1896.

Thesen.

I.

Bei Differentialdiagnose zwischen Lues und einer ev. chirurgisch zu behandelnden Affektion ist stets zuerst eine antisyphilitische Kur vorzunehmen.

II.

Der venerisch Erkrankte ist in jeder Beziehung als „K r a n k e r“ anzusehen.

III.

Eine I n u n c t i o n s k u r ist jeder anderen antisyphilitischen Kur vorzuziehen, wenn sie n i c h t vom P a t i e n t e n s e l b s t ausgeführt wird.

Vita.

Verfasser, Max Held, mosaischer Confesssion, ist geboren am 14. November 1869 zu Bromberg als Sohn des verstorbenen Kaufmanns N. Held und seiner Ehefrau Caecilie, geb. Heilfron. Er besuchte zuerst die Gymnasien zu Bromberg und Leipzig, dann in Berlin das Königstädtische Gymnasium und erhielt Michaelis 1891 am hiesigen Friedrichs-Gymnasium das Zeugniss der Reife. Während 9 Semester studierte er darauf an der Universität Berlin. Im S. S. 1894 bestand er das Tentamen physicum; im Februar 1896 das tentamen medicum und am 2. März 1896 das Examen rigorosum.

Bis zu dieser Zeit besuchte er die Kliniken und Vorlesungen folgender Herren Professoren und Docenten:

v. Bardeleben †. du Bois-Reymond †. Fischer. Gerhardt. Greeff. Gusserow. Grawitz. Hartmann †. Hertwig. Kundt †. Krause. Levin. Litten. Mendel. Nagel. Preyer †. Rosenheim. Rubner. Schulze. Virchow. Waldeyer.

Diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen herzlichsten Dank aus.

An dieser Stelle möchte ich noch ganz besonderen Dank Herrn Dr. Oestreicher aussprechen, der es mir gestattet hat, mich fast 4 Jahre hindurch in seiner Klinik für Hautkrankheiten zu beschäftigen und auszubilden.

Am Ende des W. S. 96/97 erhielt Verfasser seine Approbation an der Königl. Bayrischen Maximilians-Universität zu Würzburg.